

健康診断書

フリガナ				生年月日				
氏名				年 月 日 (歳)				
既往症	有無				心電図	(所見)		
自覚症状	有無							
現在治療中の病気	有無							
身長	cm		体重	kg				
視力	右	()		血	白血球			
	左	()			赤血球			
聴力	異常	無	有	液		血色素		
胸部 X 線検査	直接		間接		検	ヘマトクリット		
	撮影 年 月 日					G O T		
						G P T		
						γ-GT P		
						総コレステロール		
						中性脂肪		
						HDLコレステロール		
						B U N		
						クレアチニン		
						血糖		
血圧	/			mmHg		総	(所見)	
尿	蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()	合	判			
上記のとおり診断いたします。								
平成 年 月 日								
医療機関所在地								
医療機関・医師名								
								印